....................................................................... Radom, dnia .........................

/pieczęć jednostki organizacyjnej kierującej na badania/

Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia SP  ZOZ

**ul. Chrobrego 48** **26 – 600 Radom**

**tel. 48 360 60 68**

**SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE**

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, w imieniu Uniwersytetu Radomskiego im. Kazimierza Pułaskiego

...................................................................................................................................................................................

/nazwa jednostki organizacyjnej, w której pracownik jest zatrudniony/

kieruję na **wstępne / okresowe / kontrolne \* badania lekarskie:**

Pana/Panią .......................................................................................... PESEL .................................... **\*\*** zamieszkałego/zamieszkałą w...................................................................................................................

zatrudnionego/zatrudnioną**\*** // podejmującego/podejmującą pracę**\*** na stanowisku ………………………………………………………………………………………………………….;

określenie stanowiska pracy **\*\*\***: ………………………………………………….…………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku (należy wpisać nazwę czynnika i wielkość narażenia**):**

1. Czynniki fizyczne: ………………………………………………………………………………………….………….
2. Pyły: ……………………………………………………………………….…….……………………….
3. Czynniki chemiczne: ……………………………………………………………………………………………………..
4. Czynniki biologiczne:

…………………………………………..……………………………………………… ..……….

1. Inne czynniki, w tym niebezpieczne: …………………………………………………………………………………………………..…

Łączna liczba ww. czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu: …………………

.........................................................................

/pieczątka i podpis kierownika jednostki kierującej na badania/

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - w przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL- seria, nr i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość

\*\*\* - opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania

**SKIEROWANIE WYDAJE SIĘ W DWÓCH EGZEMPLARZACH**, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.